N° 142.

ESSAI

SUR

L'INFLAMMATION AIGUË DU POUMON ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR HONORÉ LECACHEUR, de Brissac,

Département de Maine-et-Loire.

Il faut que non-seulement le médecin fasse ce qui convient, mais encore que le malade, ceux qui l'approchent et tout ce qui l'environne, concourent au même but.

HIPP.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Suppléant.* ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, *Président.* CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert, *Examinateur.*
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet, *Examinateur.*	Martin Solon, *Suppléant.*
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Devergie, *Examinateur.*	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

ET

A MON PÈRE.

Respect, amour et reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR,

ET

A MON BEAU-FRÈRE.

Amitié sincère.

H. LECACHEUR.

ESSAI

SUR

L'INFLAMMATION AIGUË DU POUMON.

Les auteurs qui, aux diverses époques de l'art, se sont occupés de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, lui ont assigné des noms différens. Ainsi Hippocrate, Linnæus et Boerhaave l'ont appelée *péripneumonie;* Arétée la nomma *pulmonie;* Cullen, *pneumonie.* Ce nom est celui sous lequel on la trouve encore décrite dans la plupart des nosologistes modernes; cependant quelques praticiens, parmi ces derniers, considérant que la plèvre, dans l'excessive majorité des cas, participait à l'inflammation pulmonaire, ont jugé plus convenable de l'appeler *pleuro-pneumonie.* Enfin, depuis quelques années, M. Broussais et plusieurs de ses sectateurs, jaloux sans doute de simplifier l'étude médicale, ont proposé la dénomination de *pneumonite,* pour rappeler, par cette terminaison, qu'elle appartient à la classe nombreuse des maladies inflammatoires.

Comme je n'attache qu'une importance fort secondaire à ces différentes expressions, si j'emploie celle de *pneumonie,* c'est qu'elle me paraît encore aujourd'hui la plus généralement admise.

Prédispositions et *causes occasionelles.* La pneumonie ne respecte ni âge, ni sexe ; on la voit apparaître dans toutes les périodes de la vie ; cependant il est vrai de dire qu'on la rencontre plus fréquemment dans la jeunesse et chez l'adulte que dans la vieillesse. L'énergie de la respiration dans les premières années de la naissance, les travaux pénibles auxquels l'homme est bientôt soumis, la fougue des passions dans certains cas, l'excès des plaisirs, et peut-être aussi une constitution plus mobile, plus facilement impressionnable, sont, à n'en pas douter, la cause de cette fâcheuse prédilection.

On a dit que les femmes étaient plus rarement affectées de pneumonie que les hommes ; l'expérience journalière le confirme. Mais le doivent-elles au bénéfice de leur sexe, comme quelques médecins l'ont prétendu ? Rien ne le prouve, et il me paraît difficile de le croire, lorsque l'on trouve d'ailleurs dans la nature paisible des devoirs qu'elles sont destinées à remplir, et dans la régularité de leur vie, une explication naturelle de cette différence, la soustraction aux causes productrices de la maladie.

La pneumonie aiguë ne se montre pas non plus avec la même fréquence dans toutes les saisons de l'année ; elle règne particulièrement pendant l'hiver et le printemps. Mais pourquoi? donnons-en la raison. Dans l'hiver, nul doute que le froid, en resserrant tous nos tissus extérieurs, n'y diminue considérablement la circulation des fluides, et ne détermine des congestions dans les viscères, qui, plus profondément placés, se trouvent par là même à l'abri de l'influence de la température ambiante ; or, ces congestions, pour peu qu'elles persistent, peuvent devenir et ne deviennent que trop souvent la cause productrice de l'inflammation dans les organes qui en sont le siége.

Dans le printemps, le passage brusque du froid au chaud me paraît être la cause déterminante de cette phlegmasie. Je sais que beaucoup l'ont également attribuée à l'état de pléthore qui, à cette époque de l'année, semble être le résultat d'une hématose plus considérable. « Mais sans vouloir, dit M. *Dégat* (thèse de 1830), déshériter la san-« guification vernale de son influence sur la production de la maladie

« dont il s'agit, nous sommes fort porté à croire que la plus grande « part doit être attribuée à la succession rapide des divers états de « l'atmosphère, dont on connaît l'étonnante vicissitude aux mois de « mars et d'avril. En effet, outre que des nuits très-froides succèdent « alors à la chaleur d'un beau jour, il n'est pas rare de voir au prin- « temps le chaud et le froid, le sec et l'humide, alterner plusieurs « fois dans l'espace d'une journée. »

De ces alternatives résulte presque infailliblement la suppression de la transpiration cutanée. Mais quand un organe cesse d'agir, il faut qu'un autre le supplée; c'est une loi de l'économie. L'action vitale diminuant ou cessant à la peau, elle se retire à l'intérieur; et si les sécréteurs destinés aux éliminations normales ne sont pas prêts à la recevoir, ou, en d'autres termes, s'ils ne peuvent pas se prêter à un surcroît d'activité, il s'y manifeste un état morbide. Or, si cette action, destinée à dépurer le sang en le dépouillant de ses matières superflues, n'a pas lieu dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, les reins, le péritoine, etc., etc., il faut, de toute nécessité, qu'elle se porte sur la muqueuse pulmonaire. Dès-lors la cause de la pneumonie devient évidente pour tout le monde; et la preuve que les choses se passent ainsi, c'est que, dans les pays équatoriaux, où la température plus chaude, et surtout plus uniforme, ne vient jamais ou presque jamais entraver les fonctions de la peau, la pneumonie se montre aussi rarement qu'il est fréquent, et pour des causes opposées, de la rencontrer dans nos régions tempérées : c'est aussi pour la même raison qu'on la voit sévir si souvent sur les charpentiers, les maçons, les forgerons, les boulangers, qui tous, par état, s'exposent journellement à l'intempérie de l'air, et passent rapidement, souvent même à demi nus, d'une atmosphère très-chaude dans un milieu très-froid.

Toutefois, et ce principe général découle tout naturellement de ce qui précède, la même cause est loin d'avoir un effet constant, je dirai même un effet qui soit toujours identique. Ainsi, sur cinquante individus soumis à l'influence des circonstances que nous venons

d'énumérer, dix peut-être seulement seront affectés, et cela, les uns d'une manière, les autres d'une autre, celui-ci d'une angine, d'une bronchite, et celui-là d'une gastrite, d'une péritonite, etc., sans qu'il soit possible, du moins dans beaucoup de cas, de prévoir quelle sera la maladie de chacun d'eux. On a donc admis, sans chercher à s'en rendre compte, une prédisposition individuelle qui, pour le médecin physiologiste, n'est autre chose qu'un certain degré d'irritation préexistant, lequel favorisant à la fois l'action des causes occasionelles, la dirige encore contre tel ou tel organe, de préférence à tout autre.

Au nombre des causes de la pneumonie, on a encore rangé les contusions, les coups, les plaies pénétrantes de la poitrine; les efforts de voix long-temps soutenus, souvent répétés; une course rapide dans un sens opposé au vent, l'inspiration de vapeurs irritantes; la suppression des menstrues chez la femme, des hémorrhoïdes ou de quelque autre hémorrhagie habituelle dans les deux sexes; celle d'un exanthème cutané, tel que la variole, la rougeole et la scarlatine. Mais ici, je croirais volontiers, avec la plupart des auteurs modernes, qu'on a souvent pris l'effet pour la cause. « Dans le cas où l'un de « ces exanthèmes se flétrit, dit M. *Andral* (Cliniq. méd., 512), ne « se développe pas convenablement, ou disparaît prématurément, la « cause la plus commune doit en être rapportée à l'existence simul- « tanée d'une phlegmasie interne, et en particulier d'une pleuro- « pneumonie. » Les grandes brûlures de la peau, les amputations des gros membres, le frisson des fièvres intermittentes, la présence de tubercules dans le poumon, la bronchite, etc., peuvent également lui donner naissance; j'en dirai autant d'une alimentation trop substantielle, de l'ingestion dans l'estomac de boissons excitantes, de la fièvre et des affections morales vives; la première agit en favorisant la pléthore, les secondes en activant la circulation. Tout le monde connaît encore le danger des boissons froides lorsque le corps est en sueur.

Outre ces conditions diverses, on est obligé d'admettre d'autres circonstances générales qui, dans certaines années, font de la pneu-

monie la maladie régnante de l'époque. Ces causes, pour être inconnues dans leur essence, n'en existent pas moins, et c'est bien certainement sous leur influence que se sont développées les épidémies de pneumonie dont on trouve plusieurs exemples dans les Annales de la médecine.

Symptômes. La pneumonie ne débute pas toujours de la même manière. Tantôt les malades n'ont qu'un simple catarrhe, sans fièvre, lorsqu'une cause quelconque venant à agir, ou sans cause appréciable, la maladie se déclare ; tantôt, soit dans le jour, ou vers le soir, un frisson plus ou moins intense, général ou partiel, est le précurseur de l'inflammation pulmonaire; d'autres fois c'est pendant le sommeil qu'elle se manifeste par une chaleur brûlante accompagnée de gêne de la respiration; enfin, on l'a vue survenir après un appareil fébrile de quelques jours (*fièvre inflammatoire* des auteurs) ou dans les premiers temps d'une maladie éruptive.

Quel que soit le mode d'invasion de la pneumonie, elle s'accompagne bientôt d'une foule de symptômes qui ne permettent plus, du moins dans la très-grande majorité des cas, de la méconnaître et de la confondre avec aucune autre affection. L'inflammation se borne-t-elle au parenchyme pulmonaire, le malade accuse dans la totalité de la poitrine, ou seulement dans un côté, suivant l'étendue de la phlegmasie, un sentiment de gêne, une sorte de pesanteur plutôt incommode que douloureuse, qui se fait ressentir particulièrement dans les efforts de la respiration. Mais ce cas est assez rare, et le plus souvent une douleur fixe, continue, limitée à un seul point, qui correspond ordinairement à l'une ou l'autre mamelle, un véritable *point pleurétique*, vient traduire au dehors la part active que la plèvre prend presque toujours à l'inflammation pulmonaire. Cette douleur est augmentée par la toux, l'inspiration et la pression exercée par les doigts dans les espaces intercostaux correspondans. Si la pneumonie est légère, peu étendue, la respiration peut rester libre; on en a des

exemples. Le plus souvent elle devient pénible, petite, accélérée à un tel point, que le nombre des mouvemens respiratoires s'élève à 30, 40, 50, et plus, par minute, tandis que, dans le même espace de temps, il n'est que de 18 à 20 chez l'adulte en santé.

A la douleur et à la dyspnée se joint bientôt de la toux : celle-ci varie beaucoup d'intensité. On peut dire cependant, d'une manière générale, qu'elle est moins pénible et moins fatigante que dans le catarrhe pulmonaire; elle est parfois si légère, que le malade y fait à peine attention. Enfin, dans un petit nombre de cas, on l'a vue manquer pendant tout le cours de la pneumonie. Au début, cette toux est sèche, ou bien l'expectoration qui l'accompagne est insignifiante; c'est celle de la bronchite aiguë. Vers la fin du deuxième ou du troisième jour, elle devient caractéristique; les crachats sont visqueux, transparens, parsemés d'une foule de petites bulles d'air. A ces trois caractères, viscosité, transparence, etc., etc., s'en surajoute bientôt un quatrième tiré de la couleur. Les crachats sont uniformément sanguinolens, rouillés, imitant la couleur de l'ocre, du sucre d'orge, ou bien encore d'un jaune verdâtre. Leur composition d'ailleurs est exactement la même (mucus et sang); la différence que l'on remarque dans la nuance qu'ils présentent tient uniquement aux proportions variables de l'un ou de l'autre de ces deux principes. (Il paraît même qu'on a pu les reproduire artificiellement.) Quant à la coloration jaune verdâtre, elle peut venir du principe colorant de la bile; mais alors l'état de la peau, de la sclérotique, etc., le font assez connaître.

Avant de passer outre, je dois faire remarquer que l'on a vu manquer plusieurs fois les crachats caractéristiques de la pneumonie, particulièrement dans celle qui survient pendant le cours d'une maladie grave, tandis que, dans d'autres cas, et par une cause bizarre, ils en ont été les seuls symptômes appréciables.

Dans le premier degré de la pneumonie, la percussion ne fournit rien; le côté affecté donne un son aussi clair que le côté sain; mais

si l'on applique sur les parois thoraciques l'oreille nue ou armée du stéthoscope, on ne tarde pas à percevoir un bruit anormal, désigné par *Laennec* sous le nom de *râle crépitant*, ou *crépitation*, à cause de la ressemblance qu'il avait cru lui reconnaître avec le bruit que fait entendre le sel marin projeté sur des charbons ardens; on l'imite encore assez bien en froissant une feuille de parchemin, ou mieux encore en roulant entre les doigts une touffe de cheveux près du pavillon de l'oreille. Mais que signifie ce bruit? quel en est le siége? quelle en est la cause? Depuis long-temps l'ouverture des cadavres a constaté qu'il répondait toujours aux parties pulmonaires enflammées. De cette vérité bien établie, il découle tout naturellement que la crépitation devient la mesure infaillible du tissu pulmonaire phlogosé, et que l'on peut ainsi tracer d'une manière certaine la marche croissante ou décroissante de la maladie, suivant qu'on la perçoit dans des limites plus étendues ou plus restreintes. Ce signe est donc très-important, et mérite que l'on étudie avec soin toutes les variétés qu'il peut présenter : 1°. bien qu'il soit le plus souvent continu, il peut arriver cependant qu'on ne le perçoive qu'à des intervalles plus ou moins éloignés; 2°. absent dans les inspirations ordinaires, il se montre seulement à la fin des inspirations plus profondes; 3°. il peut masquer entièrement le bruit de la respiration; 4°. le bruit respiratoire est encore manifeste malgré la crépitation.

Deux causes lui donnent naissance, 1°. l'engorgement des parois vésiculaires et du tissu cellulaire ambiant, engorgement qui ne permet plus aux vésicules gonflées, tuméfiées, de se dilater convenablement; 2°. la présence dans ces vésicules d'un liquide visqueux que l'air ne peut traverser qu'avec peine et comme bulle à bulle. La première de ces deux causes existe seule dans le début de la pneumonie, signalé, comme on le sait, par l'absence plus ou moins complète de la sécrétion muqueuse; le râle crépitant est alors sec, nombreux et vraiment pathognomonique de la pneumonie. Plus tard, quand la sécrétion muqueuse s'opère, la crépitation revêt un caractère tout particulier; elle est à bulles plus grosses, plus humides;

c'est, en d'autres termes, le râle muqueux que l'on rencontre également, et pour la même cause, dans le catarrhe bronchique.

Quant aux portions de poumon restées saines, elles font entendre le bruit normal de la respiration. Souvent même, suppléant par leur énergie aux fonctions respiratoires suspendues dans les parties enflammées, elles donnent à ce bruit une intensité plus grande, qui lui a mérité le nom de *respiration puérile*, parce qu'il se rapproche beaucoup de celui que l'on perçoit chez l'enfant.

A ces phénomènes locaux, particuliers au premier degré de la pneumonie, se joignent les symptômes généraux de l'inflammation : la soif est augmentée, l'appétit nul, la langue blanche et humide, la peau chaude et halitueuse. Le malade se couche préférablement sur le dos, rarement sur le côté affecté, jamais sur celui qui est resté sain ; il ne pourrait y respirer. C'est pour la même raison qu'il se tient la tête et la poitrine un peu élevées. Le sang tiré de la veine se recouvre en général d'une couenne inflammatoire ; enfin, le plus souvent, le pouls est fort et plein ; il y a de la céphalalgie, de l'insomnie, un malaise général, et le malade est obligé de garder le lit.

Si la maladie, faisant des progrès, tend à passer au deuxième degré, de nouveaux changemens le signalent aussitôt à l'observation du médecin. Au lieu du râle crépitant sec, nombreux, à petites bulles, il perçoit une crépitation à bulles plus grosses, plus rares et plus humides ; la diminution progressive du bruit respiratoire et de la sonoréité de la poitrine. Enfin, lorsque le deuxième degré est confirmé, il n'y a plus ni crépitation, ni bruit respiratoire ; la poitrine, percutée, rend un son mat ou presque mat ; le bruit respiratoire est remplacé par un bruit particulier, auquel *Laennec* a donné le nom de *respiration bronchique* (respiration tubaire de M. *Andral*) : celle-ci reconnaît pour cause un obstacle mécanique qui s'oppose à l'expansion des vésicules pulmonaires ; l'air, arrêté qu'il est alors dans les tuyaux bronchiques, les fait vibrer avec une nouvelle force. Elle ne se présente pas d'ailleurs toujours sous les mêmes formes : 1°. elle peut ressembler à la respiration puérile ; 2°. au bruit que produit

l'air par son passage dans la trachée-artère ; 3°. à celui que l'on opère en expirant dans un tube métallique, fermé à l'extrémité opposée ; 4°. on dirait, dans certains cas, que quelqu'un vous souffle directement à l'oreille ; 5°. d'autres fois il vous semble que l'on agite vivement un voile mobile qui serait interposé entre le poumon et la paroi de la poitrine. Dans ce dernier cas, dit le professeur *Andral* (cours de path. méd., 1832), vous pouvez être certain qu'il existe à la superficie du poumon une portion restée saine devant les parties pulmonaires hépatisées.

Si, laissant toujours l'oreille appliquée sur la poitrine, dans les points où l'on perçoit la respiration bronchique, on fait parler le malade, sa voix retentit avec une force toute particulière ; c'est la *bronchophonie* des auteurs. Ce phénomène est une conséquence nécessaire de l'hépatisation et de l'occlusion des bronches, et, en effet, les vibrations qu'opère, dans ces dernières, l'acte de la parole, doivent être d'autant plus fidèlement transmises au dehors, à travers l'organe pulmonaire, que celui-ci présente une densité plus grande. La toux, pour la même raison, acquiert aussi de la force et de la résonnance.

En même temps les crachats deviennent plus rares, plus visqueux, quelquefois même ils cessent d'être sanguinolens ; la dyspnée et la fièvre augmentent avec la faiblesse et l'altération des traits. Si, à cette époque, la maladie doit se terminer par résolution, tous les symptômes suivent une marche rétrograde, et semblent passer par les mêmes phases qu'ils ont déjà parcourues pour arriver à leur point le plus élevé, de telle manière qu'on observe d'abord le retour du râle crépitant là où il avait cessé de se faire entendre, et ensuite un mélange de ce râle avec la respiration vésiculaire. Le son mat disparaît également, etc., etc.

Le mal continuant à faire des progrès, la pneumonie passe-t-elle au troisième degré, les phénomènes de l'auscultation et de la percussion restent encore les mêmes, ou du moins n'éprouvent que des changemens peu appréciables. Quelquefois, cependant, par suite d'un ou de plusieurs foyers purulens qui se forment dans

l'intérieur du poumon, et communiquent avec les bronches, on perçoit le *gargouillement* d'une manière évidente. Dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux, le *gargouillement* tient à une cause toute différente ; il est produit par l'accumulation dans les bronches de mucosités que la faiblesse du malade ne lui permet plus d'expulser au dehors ; c'est le *râle des agonisans*. A cette période de la maladie, l'expectoration est le plus ordinairement nulle ou presque nulle. Lorsqu'elle persiste, les crachats peuvent encore ressembler à ceux du deuxième degré ; d'autres fois, ils sont d'un blanc grisâtre, sans odeur sensible, et s'écoulent en nappe. Lorsqu'on les verse dans un peu d'eau, ils s'y mêlent et s'y délaient intimement, de telle sorte qu'il est impossible de méconnaître leur nature purulente. Plus rarement on les voit perdre leur viscosité, leur teinte rouillée, pour ne former plus qu'un liquide sans consistance, d'un rouge brunâtre, plus ou moins foncé, quelquefois même tout à fait noir, qui rappelle assez bien la couleur du jus de réglisse ou de celui de pruneaux. Cependant il ne faut pas regarder ce dernier signe comme pathognomonique du troisième degré, puisque, dans sa clinique médicale, M. *Andral* dit l'avoir observé dans quelques pneumonies, rares à la vérité, qui n'avaient pas dépassé le deuxième degré.

Si la pneumonie se termine par la gangrène, les crachats prennent aussitôt une odeur fétide, *sui generis ;* ils sont gris cendré ou bruns ; leur consistance est celle d'une solution de gomme. Toutes les fois qu'ils existent, il est impossible de méconnaître la nature de la maladie ; mais la gangrène peut exister sans eux ; lorsque, par exemple, occupant le tissu cellulaire intervésiculaire, le pus ne peut pas se faire jour dans les tuyaux bronchiques.

Ces différens symptômes coïncident toujours avec la décomposition rapide des traits ; les yeux s'excavent, la figure se cadavérise ; souvent elle prend une teinte livide, jaune paille, semblable à celle des personnes affectées de cancer chronique ; le pouls faiblit de plus en plus, et le malade succombe dans un état extrême de prostration,

asphyxié le plus souvent par l'accumulation dans les bronches d'une quantité prodigieuse de mucosités.

En général, la pneumonie réagit peu sur les centres nerveux ; et, bien qu'il ne soit pas rare d'observer du délire, surtout pendant le paroxysme du soir, quelle que soit d'ailleurs la période de la maladie, ce symptôme n'offre jamais la gravité qu'il présente dans les phlegmasies du tube intestinal. M. *Broussais*, auteur de cette remarque judicieuse, nous fit également observer dans son cours de pathologie et de thérapeutique générales l'état d'insouciance et de sécurité des pneumoniques, contrastant d'une manière si singulière avec la vive sollicitude et le sentiment d'une mort prochaine qui, dans les affections des organes abdominaux, paraissent inquiéter sans cesse l'esprit des malades.

Tels sont les trois degrés de la pneumonie auxquels, comme nous le verrons bientôt, correspondent des lésions différentes du poumon ; mais il ne faut pas croire qu'ils soient toujours aussi nettement tranchés que je viens de les décrire. Souvent ils existent tous les trois simultanément dans le même poumon, et, comme ils peuvent occuper alors des points très-rapprochés, il n'est pas toujours possible d'en constater la présence, et d'en limiter l'étendue, parce que les symptômes particuliers à l'un viennent masquer ceux qui pourraient faire reconnaître les deux autres. Cependant, certains que nous sommes que les signes propres au deuxième et au troisième degré se montrent toujours là où l'on a perçu la crépitation, si celle-ci vient à disparaître sans être remplacée par le bruit normal de la respiration, nous pourrons presque en conclure, indépendamment de toute autre donnée, que les parties correspondantes du poumon sont passées à l'état d'hépatisation rouge ou grise.

Marche et durée. J'aurai peu de chose à dire ici : en faisant l'histoire des symptômes de la pneumonie, j'ai donné celle de la marche qu'elle suit ordinairement. Comme toutes les phlegmasies aiguës, lorsqu'elle se termine par la guérison, elle présente une période d'accroissement,

d'arrêt et de décroissement, et des paroxysmes journaliers. Elle s'accroît le plus communément pendant trois, quatre et cinq jours ; quelquefois cependant, à l'aide d'une médication énergique, on parviendra à la faire avorter. Après ce temps, elle paraît diminuer, ou du moins rester stationnaire. Le médecin observateur ne se laisse point tromper par cette espèce d'amendement ou d'arrêt d'évolution ; car l'expérience lui a appris que souvent, et sans cause connue, elle reprend une nouvelle intensité, et compromet plus que jamais l'existence du malade. Cette deuxième période, dont la durée n'a rien de fixe, est, dans la majorité des cas, suivie d'un amendement notable dans les symptômes et d'une convalescence rapide. D'autres fois, au contraire, les accidens s'aggravent de plus en plus, et le médecin, quoi qu'il fasse, est impuissant pour arrêter la marche toujours croissante de la pneumonie. C'est communément vers le soir qu'a lieu le paroxysme ; la fièvre est plus forte, la toux plus fréquente, la difficulté de respirer plus grande, etc., etc.

Y a-t-il des pneumonies intermittentes? Cette question ne paraît pas encore jugée aux yeux de beaucoup de praticiens distingués, tandis que d'autres non moins célèbres n'hésitent point à l'admettre, et citent à l'appui de leur croyance un certain nombre d'observations plus ou moins concluantes.

La pneumonie légère peut se terminer au bout de quatre à cinq jours. Lorsqu'elle a dépassé ce terme, il est rare qu'elle ne se prolonge pas du quinzième au vingt-cinquième jour. Au reste, ces nombres n'ont rien de fixe ; et suivant l'intensité variable de la maladie, l'individu qui en est atteint, et diverses circonstances qu'il est impossible d'apprécier, on l'a vue persister, à l'état aigu, pendant un mois et plus, tandis que dans d'autres cas elle disparaissait du septième au onzième jour, etc.

Prognostic. La nature du tissu enflammé et l'importance des fonctions qu'il remplit font assez présumer d'avance la gravité de la pneu-

monie. A peine est-il besoin de dire que le prognostic sera d'autant plus fâcheux que l'inflammation pulmonaire sera plus étendue, dans une période plus avancée, et que la constitution du malade sera plus affaiblie, soit par les progrès de l'âge, soit par des maladies antérieures. Cependant j'observerai ici que la pneumonie paraît diminuer d'intensité au fur et à mesure qu'elle se reproduit chez le même sujet, et que celle qui survient pour la quatrième, la cinquième fois, etc., etc., est, toutes choses égales d'ailleurs, moins funeste que celle qui attaque pour la première ou la deuxième fois. On a cru remarquer aussi que la phlegmasie du lobe supérieur était plus souvent mortelle que celle du lobe inférieur. Il est très-rare, selon M. *Andral* (Clin. méd., t. 1, p. 545), que l'on obtienne la guérison, lorsque l'on compte plus de 130 battemens artériels par minute. Nous ne connaissons pas, dit-il plus loin (page 569), d'exemple qui démontre la possibilité de la guérison du troisième degré.

Terminaison. La pneumonie se termine le plus souvent par le retour à la santé. Cette terminaison est quelquefois annoncée par des sueurs et des selles copieuses, une hémorrhagie abondante, le retour des menstrues. Dans la majorité des cas, la convalescence arrive sans que l'on observe rien de semblable. Dans certains cas, tous les symptômes de la pneumonie ont disparu, à l'exception d'un léger râle crépitant, signe certain qu'il existe encore un noyau d'engorgement contre lequel le médecin devra diriger tous ses efforts. Négligé, abandonné à lui-même, il reproduirait presque infailliblement la maladie dans toute sa vigueur.

D'autres fois un état œdémateux du poumon succède à la pneumonie; l'auscultation fait alors entendre un râle muqueux *sous-crépitant* qui indique cette terminaison. Dans d'autres circonstances moins heureuses, au bout d'un temps plus ou moins long d'une convalescence pénible, on voit apparaître un peu de fièvre vers le soir, l'embonpoint ne revient pas, les forces et l'appétit languissent, une

petite toux sèche accompagnée de dyspnée se déclare, et bientôt la phthisie n'est plus douteuse.

Dans d'autres cas, les tubercules existaient avant la pneumonie; mais celle-ci leur donne un tel degré d'acuité, que la phthisie, qui jusqu'alors paraissait indolente, marche rapidement vers une terminaison funeste.

Enfin, comme nous l'avons déjà dit, la pneumonie peut se terminer par la gangrène du poumon. Cette terminaison est heureusement très-rare, car elle est presque toujours funeste. Ce n'est point dans les cas d'inflammation violente qu'elle survient plus particulièrement; elle paraît tenir à une disposition spéciale du sujet. *Laennec* l'assimilait, peut-être avec raison, à l'anthrax et à la pustule maligne, qui sont gangréneux par leur nature, et dans lesquels les symptômes inflammatoires ne paraissent que secondaires.

Le passage de la pneumonie aiguë à l'état chronique, c'est-à-dire à l'induration rouge et grise du tissu pulmonaire, est très-rare; à peine en peut-on citer quelques exemples. Si au contraire on ne voit dans la tuberculisation pulmonaire, et je ne serais pas éloigné de l'admettre, qu'une pneumonie chronique, cette terminaison devient assez commune. A peine est-il besoin d'ajouter que la pneumonie peut se terminer directement par la mort.

Variétés. La pneumonie présente un grand nombre de variétés, dont les plus remarquables ont trait à l'âge de l'individu qu'elle atteint et au siége qu'elle occupe. Chez les vieillards, elle apparaît sous trois formes principales : 1°. pneumonie franche, bien dessinée, avec symptômes locaux qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie, appareil de réaction, etc., etc. : c'est la pneumonie des adultes; elle n'en diffère que par son plus de lenteur à marcher vers l'une ou l'autre terminaison. Cette forme est assez rare. 2°. Pneumonie consécutive à une congestion pulmonaire : elle frappe, surtout pendant l'hiver, les individus affectés de maladies du cœur et de bronchites chroniques. La congestion pulmonaire est annoncée par l'augmentation de la dyspnée, de la

densité du poumon, et s'accompagne presque toujours de palpitations plus fortes et de distension du cœur. Enfin l'état du pouls, un appareil fébrile plus ou moins intense, vient toujours traduire au dehors, indépendamment de l'auscultation, le travail inflammatoire qui s'opère dans le poumon. 3°. Pneumonie avec symptômes adynamiques. Un coma profond vient ordinairement, dès le principe, voiler les symptômes locaux, et détourne par là même l'attention du médecin vers tout autre point que la poitrine. La marche de cette pneumonie est très-rapide; souvent le frisson qui apparaît au début persiste jusqu'à la mort. La percussion et l'auscultation peuvent seules éclairer le diagnostic.

La pneumonie des nouveau-nés, quoique très-fréquente, est difficile à reconnaître. Chez eux, en effet, on chercherait en vain cette foule de symptômes qu'elle suscite ordinairement chez l'adulte, tels que chaleur halitueuse, pouls plein et fort, rougeur de la face, toux, crachats visqueux et sanguinolens, etc. : tout cela manque le plus souvent, ou, si quelques-uns de ces symptômes existent, ils ne sont pas suffisamment caractérisés. Enfin, l'auscultation et la percussion n'offrent pas des secours aussi certains qu'aux autres époques de la vie. L'auscultation est toujours difficile, d'abord à cause des mouvemens et des cris de l'enfant, et, en second lieu, parce qu'à cet âge, la respiration dans l'état de santé ayant le caractère éminemment puéril, il est presque impossible d'apprécier une pneumonie de peu d'étendue, qui se trouve masquée par le bruit de l'air pénétrant dans les parties voisines. La percussion n'est également d'aucun secours, la sonoréité de la poitrine restant la même, ou à peu près la même du côté affecté.

Sous le rapport du siége qu'occupe l'inflammation, les variétés que présente la pneumonie sont assez nombreuses. Si l'inflammation est disséminée sur un certain nombre de vésicules distinctes les unes des autres (*pneumonie vésiculaire* des auteurs), ou même si elle attaque à la fois toutes les vésicules dont l'ensemble constitue un lobule, mais dans des points séparés du poumon (*pneumonie lobulaire*), le diffi-

cultés du diagnostic sont des plus grandes. La douleur de côté manque le plus souvent, les crachats sont insignifians, la poitrine percutée rend un son clair. La gêne de la respiration, la chaleur halitueuse de la peau, etc., et, dans certains cas, un râle crépitant perçu çà et là, et toujours borné à un très-petit espace, sont les seuls indices de cette pneumonie, que l'on ne reconnaît le plus souvent qu'à l'ouverture du cadavre : elle affecte particulièrement les enfans. La pneumonie occupe-t-elle un lobe tout entier ou la totalité d'un poumon, les symptômes sont alors des plus évidens : nous les avons exposés avec soin. Cependant si l'inflammation, quoique étendue, occupe le centre du poumon ou sa base, il peut arriver encore que l'on éprouve des doutes : les signes fournis par l'auscultation se trouvent masqués par le bruit normal de la respiration dans les parties plus superficielles du poumon qui sont restées saines; vous n'avez alors, pour vous éclairer d'une manière certaine, que la nature des crachats expectorés.

Anatomie pathologique.

Premier degré, ou simple engouement. Le poumon est plus rouge que dans l'état sain; si on l'incise, il laisse échapper un liquide spumeux, sanguinolent; pressé entre les doigts, il fait encore entendre de la crépitation, et surnage à la surface du liquide dans lequel on le plonge; sa consistance est moindre et il se déchire avec assez de facilité; cependant, si on le soumet à la dessiccation, le sang s'évapore et les vésicules pulmonaires reparaissent intactes.

Deuxième degré, ou hépatisation rouge. Même aspect rougeâtre que précédemment; mais, lorsqu'on le déchire, le poumon présente une foule de granulations qui ne paraissent être autre chose que des vésicules enflammées. Si l'inflammation a acquis son summum d'intensité, ces vésicules se confondent les unes avec les autres, et le poumon déchiré n'offre plus qu'une surface lisse. Comme il ne contient plus d'air, il cesse de *crépiter* sous la main qui le presse, et le sang

qui s'échappe des incisions qu'on y pratique n'est jamais spumeux comme dans le premier degré : bien qu'il paraisse *dur* à la vue, il s'écrase avec la plus grande facilité. C'est pour rappeler cet état de peu de consistance que M. *Andral* a proposé l'expression de *ramollissement rouge.* Quoi qu'il en soit, le poumon hépatisé se précipite de suite au fond de l'eau ; son volume, dans certains cas, paraît sensiblement augmenté ; de là résulte : 1°. pression assez forte contre les parois pectorales, en vertu de laquelle il porte l'empreinte des côtes ; 2°. pression exercée sur les parties du même poumon qui sont restées saines ; 3°. sur le poumon du côté opposé. On sent aisément combien, pendant la vie, cette compression doit apporter de gêne dans les fonctions respiratoires. Si on vient à dessécher le poumon, on trouve les parois des cellules considérablement épaissies, et, partant, une diminution notable dans la capacité des vésicules aériennes ; un grand nombre même a complètement disparu.

Troisième degré, ou hépatisation grise. Le troisième degré ne diffère du précédent que par la nature du liquide dont le tissu cellulaire inter-vésiculaire est infiltré. Dans le deuxième degré ce n'était que du sang, dans celui-ci c'est un véritable pus. A cela près, tout se ressemble : ainsi, même imperméabilité à l'air, même aspect grenu, *mais blanchâtre*, enfin même résultat hydrostatique. Le poumon paraît également *endurci* et se laisse déchirer avec la dernière facilité. Lorsqu'on le presse, il donne issue à une grande quantité de pus. A ce degré, les vésicules pulmonaires peuvent encore être conservées, mais le plus souvent elles sont détruites ; un tissu à larges mailles les remplace et constitue parfois des foyers purulens, au milieu desquels flottent des lambeaux de cloisons. Le plus communément l'abcès est unique et occupe le centre du poumon. L'âge ne paraît pas avoir d'influence marquée sur sa formation. Toutefois ces foyers purulens ne sont pas essentiellement liés à la maladie qui nous occupe ; ils peuvent être le résultat d'une métastase, le pus ayant été absorbé dans toute autre partie du corps.

S'il y a gangrène, on trouve le poumon d'un gris sale, d'une odeur particulière, infecte, et des ulcérations plus ou moins vastes, déterminées par la chute des escharres. Les tuyaux bronchiques, détruits en partie, s'ouvrent dans ces foyers gangréneux.

Traitement.

Les émissions sanguines ont été employées de tout temps. « Elles « offrent, dit M. *Chomel* (Dict. en 21 vol.), le double avantage de « modérer l'inflammation d'un viscère important et de diminuer au- « tant que possible le travail d'un organe qui ne peut pas être placé « dans un repos complet : en effet, les poumons devant à eux seuls « incessamment recevoir et élaborer une quantité de sang semblable « à celle que reçoivent, dans le même espace de temps, tous les au- « tres organes réunis, c'est modérer leur action et rendre, qu'on me « passe cette expression, leur tâche plus légère et plus douce. Aussi, « les bons effets des évacuations sanguines sont-ils en général plus « manifestes dans l'inflammation des poumons que dans celle des « autres viscères. »

Dans certains cas, pratiquées au début, elles enlèvent complètement la phlegmasie pulmonaire ; mais il est assez rare que l'on soit appelé dès le commencement de la maladie. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins démontré que la pneumonie n'a point, comme quelques-uns l'ont prétendu, une marche *nécessaire* que rien ne peut arrêter.

D'autres fois, bien qu'employées dès le début, les émissions sanguines n'ont pour effet qu'un amendement notable dans les symptômes, après lequel la maladie reprend bientôt son cours. Une seconde émission est suivie d'une nouvelle amélioration, et dès-lors la pneumonie tend à une terminaison aussi prompte que favorable. Cependant il est vrai de dire que l'on n'est pas toujours aussi heureux, et que, dans certains cas, elles ne paraissent avoir aucune influence sur la marche toujours croissante de la maladie.

A quelle espèce d'émissions sanguines devra-t-on recourir? A la saignée générale; c'est la veine qu'il faut toujours ouvrir de préférence; les sangsues et les ventouses scarifiées ne peuvent pas la remplacer. En effet, il est d'observation que le soulagement est d'autant plus marqué que l'émission du sang a été plus rapide. S'appuyant sur ce principe, M. *Husson* a l'habitude, dans les pneumonies graves, de saigner aux deux bras à la fois. Quoi qu'il en soit, la plupart des médecins se bornent à ouvrir *largement* la veine, surtout pour la première fois, se rappelant d'ailleurs qu'il y a moins d'inconvénient à faire alors une saignée trop abondante qu'une saignée trop faible. Pour la même raison, la saignée du bras est toujours préférable à celle du pied, parce qu'elle fournit, dans un temps donné, une bien plus grande quantité de sang. Autant que possible, on saignera le malade au lit, afin d'éviter les syncopes qui pourraient encore aggraver les accidens.

Cependant si le malade était en proie à une douleur vive dans un point quelconque de la poitrine, s'il en était fortement affecté, on pourra et l'on devra même combattre ce symptôme par une application de sangsues sur le point douloureux. Ce moyen, du reste, n'est que secondaire, et ne doit jamais empêcher de recourir à la phlébotomie; si celle-ci est impraticable, comme il arrive chez les jeunes enfans, et qu'il n'y ait pas de *point pleurétique*, il sera, en général, plus avantageux d'appliquer les sangsues à l'anus que sur la poitrine.

Le nombre des saignées, comme on le présume d'avance, est illimité; communément il est de trois à cinq dans les pneumonies de moyenne intensité. Assez ordinairement il est bon de renouveler dans le paroxysme du soir la saignée pratiquée le matin. Mais en tout il faut savoir garder de justes bornes : évitez donc de saigner outre mesure; la nature trop épuisée ne pourrait plus travailler par elle-même au rétablissement de la santé. Les phénomènes qui vous indiqueront que vous devrez réitérer la saignée sont les suivans : gêne de la respiration, mouvement fébrile intense, crachats sanguinolens; enfin les

bons ou les mauvais effets de la saignée précédente, pourront encore vous servir de guide.

Peut-on saigner à toutes les époques de la maladie? Beaucoup de médecins veulent que l'on s'en abstienne après le huitième, le dixième jour, etc., sous prétexte, disent-ils, que les déperditions de sang sont au moins inutiles, et que souvent elles prolongent et rendent plus difficile la convalescence. Nous ne partageons pas leur opinion, et c'est bien plutôt l'intensité des symptômes que l'époque de la maladie que nous prendrons en considération, imitant, en cela, la sage conduite de MM. *Broussais*, *Chomel*, *Andral*, etc., etc. Ainsi donc, toutes les fois que le pouls sera large, développé, fréquent, la respiration difficile, la chaleur augmentée, etc., nous n'hésiterons pas, par une saignée proportionnée à la force et à la constitution du malade, à diminuer la masse du sang; si, au contraire, nous observons des signes d'asthénie, si par suite de la faiblesse musculaire les crachats viennent à se supprimer, nous saurons remplacer la saignée par une médication rationnelle. Les toniques légers, les boissons aromatiques, feront alors la base de notre traitement; mais ici sachons bien distinguer la faiblesse réelle de celle qui n'est qu'apparente, et rappelons-nous que la petitesse du pouls et l'accablement du malade qui surviennent au début de la pneumonie, loin de contre-indiquer la saignée, l'exigent impérieusement. Sous son influence on voit alors presque immédiatement le pouls devenir plus fort, la respiration plus facile, etc.

Pourra-t-on saigner encore lorsqu'il y a des signes évidens d'hépatisation? Oui, certainement; dans ce cas, il est vrai, on n'a pas l'espoir que le poumon hépatisé revienne incontinent à son état normal, mais bien celui de diminuer ou de suspendre du moins le travail inflammatoire, et s'opposer par là même à ce que les parties du poumon restées saines ou qui ne sont encore qu'engouées ne s'enflamment ou ne passent à un degré plus avancé. La saignée sera donc encore subordonnée aux symptômes; proscrite s'il y a pâleur, débilité, faiblesse et intermittence du pouls; de rigueur, au contraire, si celui-ci

est large et développé, la face vultueuse, la suffocation imminente, etc.

La sueur est-elle un obstacle à la saignée ? Beaucoup de praticiens le veulent ; mais combien de pneumonies s'accompagnent de sueurs continuelles. Certes, il serait déraisonnable de se priver de l'utilité de ce moyen et de permettre à la maladie de faire des progrès qu'il eût probablement arrêtés. Tout ce que le professeur *Andral* recommande en pareil cas, c'est de saigner le malade dans son lit et d'éviter, autant que possible, qu'il ne se refroidisse.

L'absence de la couenne inflammatoire n'est pas non plus une contre-indication de la saignée ; souvent il arrive, en effet, que le sang tiré par une première section de la veine ne présente point cette couenne, tandis qu'on la remarque dans les saignées suivantes.

Parlerai-je des jours critiques, dans lesquels on croyait à une heureuse tendance vers la résolution, à des mouvemens fluxionnaires vers certains organes ? Mais on sait aujourd'hui quelle valeur accorder à cette ancienne opinion ; et, sans respecter ces prétendus efforts de la nature, on saigne tout aussi hardiment le quatrième, le septième jour, etc., qu'à toute autre époque de la maladie. Nous supposons toujours que l'indication en soit reconnue.

On saignera encore pendant les règles, si les symptômes l'exigent ; le plus souvent elles continuent de couler, et si dans certains cas elles se suppriment, c'est pour reparaître bientôt. D'ailleurs, comme la durée des règles est ordinairement de plusieurs jours, on conçoit qu'il y aurait du danger à abandonner, pendant tout ce temps, la pneumonie à sa marche rapide. Les lochies sont exactement dans le même cas.

Les fièvres éruptives, telles que la variole, la rougeole et la scarlatine, lorsqu'elles surviennent pendant le cours de la pneumonie, ne contre-indiquent pas non plus l'emploi de la saignée ; c'est même, comme on l'a remarqué dans ces derniers temps, le meilleur moyen de rendre l'éruption plus facile et plus régulière, en même temps que

l'on combat avantageusement l'affection pulmonaire. On ne craint plus la répercussion à l'intérieur.

Nous dirons cependant, avant de terminer ce qui est relatif à la saignée, qu'elle n'est pas *indispensable* pour la guérison de toutes les pneumonies, puisqu'il n'est pas très-rare de l'obtenir sans elle. Mais la prudence en exige-t-elle moins que l'on saigne dans les pneumonies, même les plus légères? Non, sans doute, puisqu'elles peuvent revêtir subitement un caractère plus grave, et que l'on se rendrait évidemment coupable en ne s'opposant pas, lorsqu'on le peut, aux progrès d'une maladie dont la nature est toujours sérieuse. Toutefois, il est d'observation que certaines personnes ne peuvent supporter impunément les émissions sanguines. Cette remarque a surtout trait aux vieillards, chez lesquels, en général, on doit se contenter de pratiquer une ou deux petites saignées dans le début. Dans ces cas ayez recours aux révulsifs.

Les révulsifs conviennent encore dans les circonstances ordinaires, lorsque la maladie a perdu de sa force et qu'elle tend vers sa fin : employés dans le début, les malades pourraient en être très-agacés. Ces révulsifs consistent dans l'emploi des vésicatoires, des pédiluves sinapisés et des sinapismes dont on mitige au besoin l'action par un mélange, à parties égales, de farine de graine de lin. Lorsque tous les symptômes ont à peu près disparu, et qu'il ne reste plus qu'un peu de râle crépitant, c'est alors surtout qu'il est avantageux d'appliquer sur la poitrine un vésicatoire de cinq à six pouces de diamètre. Les cataplasmes et les fomentations émollientes paraissent avoir aussi quelque avantage, surtout chez les jeunes sujets. Les bains seront proscrits; presque toujours ils exposent le malade à un refroidissement funeste. Quelques personnes, dans le but de favoriser l'expectoration en stimulant les bronches, placent dans la chambre du malade des vases d'où se dégagent continuellement des vapeurs aromatiques, légèrement irritantes, vinaigrées, camphrées, etc. Peut-être serait-il plus convenable, surtout si l'air de l'appartement était très-sec, de les remplacer par des vapeurs émollientes, à l'aide du lait chaud, de l'eau tiède, etc.

En même temps, on donnera des boissons légèrement sucrées, mucilagineuses, l'eau pure, si le malade la préfère. Ces boissons seront tièdes ou peu chaudes; prises froides, elles augmenteraient la toux. Dans certains cas, on pourra leur adjoindre quelque doux narcotique, une demi-once de sirop diacode, par exemple, dans chaque pinte de tisane. En général, il faut être avare de narcotiques dans la pneumonie.

Ces différens moyens devront être secondés, dans leurs effets, par le repos et un silence complet, et, autant que possible, le calme de l'esprit. Dans les premiers jours, la diète est de rigueur; plus tard, lorsque la fièvre est nulle, ou du moins considérablement tombée, on peut permettre au malade quelques bouillons coupés; puis, au fur et à mesure qu'il marche vers la convalescence, de légers potages, et enfin une nourriture plus substantielle.

Méthode de Rasori, *ou contro-stimulante.*

S'étant aperçus que les antiphlogistiques ne réussissaient pas dans tous les cas, quelques médecins italiens, et à leur tête *Rasori*, eurent recours à d'autres moyens de traitement, les antimoniaux. Plusieurs d'entre eux administrèrent d'abord le kermès à la dose de quinze, dix-huit, vingt-quatre grains, dans les vingt-quatre heures; puis à celle de trente grains, un gros et plus, dans le même espace de temps, sans que le tube intestinal, affirment-ils, en ait été douloureusement affecté. Malgré les succès qu'ils publient, et l'innocuité apparente de ce médicament, il est assez peu employé de nos jours. Je ne connais guère que MM. *Récamier* et *Trousseau* qui en fassent encore un fréquent usage; tous les deux s'accordent à le regarder comme un stupéfiant de la circulation, dont il ralentit singulièrement les mouvemens, et le dernier surtout n'hésite pas à lui donner la préférence sur les émissions sanguines : c'est à l'expérience à prononcer.

La digitale pourprée a été employée dans le même but, mais la lenteur de son action y a bientôt fait renoncer. En effet, aux phlegmasies

qui parcourent rapidement leur marche, il faut, s'il est possible, des remèdes plus prompts encore, et ce n'est guère qu'au bout de cinq à six jours que la digitale commence à manifester ses effets. Arrivons donc au médicament principal, au tartre stibié. *Rasori* est le premier qui en ait fait usage, il y a vingt-cinq ans environ. Plusieurs médecins italiens ne tardèrent pas à suivre son exemple : ils le donnaient à la dose de quatre à cinq grains jusqu'à celle d'un gros, pendant les vingt-quatre heures, et cela pendant cinq, six, sept et huit jours de suite, de telle sorte qu'au bout de ce temps le malade avait quelquefois pris une once d'émétique. En France, où cette méthode s'est ensuite propagée, on n'a guère dépassé la dose de vingt-quatre à trente grains dans le même délai, et encore a-t-on craint de la répéter aussi long-temps qu'on le faisait en Italie, lors même que l'on administrait un gros de cette substance.

Les avis sont encore partagés aujourd'hui sur les avantages et les inconvéniens de l'emploi de cette médication. Je dois dire cependant que des faits tout récens déposent en sa faveur, et que M. *Broussais*, dans des expériences multipliées qu'il a faites cet hiver au Val-de-Grâce, déclare en avoir obtenu de très-bons effets; mais une précaution qu'il recommande, c'est de ne jamais recourir à ce moyen qu'autant que l'on aura préalablement, par l'emploi des émissions sanguines, combattu d'une manière convenable la maladie dans sa période d'acuité. Il faut, en outre, que l'estomac soit sain; car, déposé sur une surface muqueuse enflammée, l'émétique ne manquerait pas d'aggraver les accidens.

Comment agit l'émétique en pareil cas? de deux manières différentes en apparence, mais dépendant, dans la réalité, l'une de l'autre; et d'abord, par suite de l'irritation qu'il détermine dans l'estomac et le tube intestinal, il attire dans ces parties les fluides en plus grande quantité; par conséquent, la masse du sang qui se portait aux poumons ne peut plus y affluer avec la même abondance : ceux-ci doivent donc s'en trouver soulagés. Mais l'émétique ne borne pas là ordinairement ses effets; il stimule les sécréteurs et provoque des vomisse-

mens, des selles plus ou moins copieuses, et quelquefois même des sueurs abondantes. Or, toutes les sécrétions viennent du sang; c'est un principe de physiologie : donc pour avoir lieu, elles doivent nécessairement l'appauvrir en lui enlevant tous les matériaux nécessaires à leur formation; donc, sous ce point de vue, l'émétique peut être considéré comme opérant, pour ainsi dire, une véritable saignée.

Je sais que beaucoup de médecins ont avancé que l'émétique n'était jamais si avantageux que lorsqu'il ne déterminait ni selles ni vomissemens, en un mot, que lorsqu'il était *toléré*. Mais des faits plus récens et mieux observés ont démenti cette assertion, et plusieurs fois j'ai entendu dire à M. *Chomel*, dans ses leçons orales de clinique, qu'il n'avait *jamais* observé d'effets marqués sur la marche rétrograde de la pneumonie, qu'autant que l'émétique avait agi comme nous l'avons mentionné. Nous avons nous-même, dans plus d'un cas et sous les yeux de ce professeur distingué, constaté cette vérité importante.

Nous n'hésiterions donc pas, dans les circonstances convenables, à le prescrire, puisqu'il est démontré pour nous qu'il peut concourir au rétablissement plus prompt du malade, but vers lequel tendront toujours nos vœux et nos efforts.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

IV.

Mulier in utero gerens, sectâ venâ, abortit, et magis, si major fuerit fœtus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

V.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat. *Sect.* 5, *aph.* 34.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.